

Travessias do cuidar: diálogos em educação e saúde

Crossings of care: dialogues on education and health

Recebido em: 1 de agosto de 2011

Aprovado em: 16 de novembro de 2011

Liris Delma de Lima e Silva Azevedo

Mestre em Educação pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo.

E-mail: ldjp@terra.com.br

Resumo

Neste texto refletimos sobre o cuidado como pressuposto ético na formação dos agentes comunitários de saúde, de modo a se constituírem em mediadores entre o conhecimento desenvolvido nas universidades e as comunidades, dialogando com as ciências da Educação e da Saúde. Estes, com sua linguagem característica, partilhantes do cotidiano de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade no contexto brasileiro. Fundamos nossa discussão na Pedagogia de Paulo Freire e nas perspectivas de educação e ética de Leonardo Boff e Severino Antônio, entre outros autores, propomos a formação de educadores, intérpretes junto às suas comunidades, a partir de um caminho possível para a reconstrução das relações dialógicas; relações necessárias para o questionamento de políticas inadequadas e bancárias na saúde, que, antes de promoverem um modo de vida saudável, colocam a doença como finalidade e o ser doente como um mero expectador, reduzido à doença orgânica e à situação miserável. Propomos a necessidade da valorização do cuidado na formação desses agentes, por meio de uma metodologia que contemple o conhecimento científico das patologias, seu diagnóstico e terapêutica, as inter-relações eco-biológico-sociais e a reflexão crítica da necessidade de um projeto político que conduza às mudanças no ambiente das comunidades, de acordo com o modelo vivido por Paulo Freire.

Palavras-chave: Educação – Saúde – Agentes Comunitários de Saúde – Educação Comunitária.

Abstract

In this text we reflect on the formation of educators in communitarian health, the communitarian agents of health, in order to form mediators between the knowledge developed in the universities and the communities, dialoguing with the sciences of Education and Health, as a way of interconnecting diverse kinds of knowledge. These educators - with their specific language - rebuild and give a different meaning to the quotidian of people who are in situation of vulnerability in the current Brazilian social-economic-cultural context. Inside a critical understanding, established by the pedagogic view of Paulo Freire and by the perspectives of education and ethics of Leonardo Boff and Severino Antonio, among other authors, we consider the formation of educators, who are interpreters in their communities, from a possible way for the reconstruction of the dialogical relations; necessary relations for the questioning of inadequate health policies. The current policies are not promoting a way of healthful life, taking the illness as a purpose and treating the sick person as a mere object, reduced to the organic illness and his/her needy situation. In synthesis, we consider the necessity of formation of communitarian agents of health, by means of an echo-biological-social methodology

that contemplates the scientific knowledge of diseases, its therapeutic diagnosis and a critical reflection about the necessity of a political project which leads to the necessary changes in the education for the health, in accordance with the model lived by Paulo Freire.

Keywords: Education Health Communitarian Agents of Health Community Education.

Introdução

Neste texto pretendo refletir, com o olhar científico que caracteriza o pesquisador alicerçado na prática médica cotidiana, sobre as relações entre os profissionais que atuam na atenção básica à saúde, com foco na necessária valorização do cuidado na formação ética e técnica do agente comunitário de saúde

Como referencial teórico, escolhi a Pedagogia de Paulo Freire, a perspectiva ético-crítica de educação e do cuidar de Leonardo Boff (2003), de Jean-Yves Leloup (2007) e de Severino Antônio (2009) e a perspectiva sociológica de Luc Boltanski (2004) e Guy Debord (1997).

O texto se desenvolve em três momentos que apresentam as propostas e seus fundamentos conceituais:

- um breve histórico do cuidado
- as situações que dificultam a realização desse cuidado
- as propostas para superação dessas dificuldades

O Cuidar e suas origens na história da medicina.

Retomo brevemente a evolução histórica do *Cuidado*, como prática antropológica em situações de sofrimento, inicialmente reconhecida em seu caráter mágico de cura dos povos ancestrais.

Data do século XIV a.C., no Egito, a mais antiga documentação relacionada à medicina, referindo-se à doença como consequência do Mal e os rituais religiosos de cura ligados aos poderes dos deuses da época. (LOPES, 2006)

Por volta do século 460 a.C., encontramos na Grécia o primeiro modelo de medicina científica proposto por Hipócrates, que concebia uma relação íntima dos fenômenos naturais e do corpo humano, sendo a saúde e a doença explicadas pelo equilíbrio entre o corpo e o ambiente, entre os quatro elementos constituintes dos humores-água, ar, fogo e terra- em proporção justa e adequada, conceito que Alcmeon de Crotona desenvolve mais tarde com o nome de *crasis*. Dessa forma o conhecimento da medicina torna-se empírico e racional libertando-se das influências mágicas. Nessa

época o conhecimento era desenvolvido por físicos e filósofos, sem a distinção que hoje conhecemos, que criaram as primeiras escolas médicas de *Cos* e *Cnidos* (RIBEIRO Jr., 1999). Como a prática de cura não exigia qualificação formal, o que favorecia a proliferação de charlatães, esse momento histórico foi um marco no desenvolvimento da ciência médica. Infelizmente nos séculos XX e XXI assistimos a empreitadas político-partidárias de caráter duvidoso, tentando ressuscitar esse personagem histórico como se todo o desenvolvimento científico e tecnológico fosse reduzido a desenhos animados de ficção.

No Egito, um estilo peculiar de ***Cuidado*** foi-nos apresentado pelos Terapeutas de Alexandria, orientados pela filosofia de Fílon, que concebia a saúde como encontro de todas as necessidades do ser humano, a comunhão do corpo material com o alimento doado pela terra, os hábitos adquiridos na cultura e o Sopro que anima o ser vivente (LELOUP, 2007). Vale ressaltar que, em oposição aos modismos da nossa época, os terapeutas tinham grande conhecimento do organismo, da agricultura, e sua prática era reestudada continuamente com responsabilidade, sem as invenções de marketing de agora.

Sucedeu-se a esse período os estudos de anatomia, farmacologia e prevenção de Galeno e, longe do domínio romano, na Pérsia e Espanha, os filósofos árabes IBN Sina e Ibn Rusch, entre nós mais conhecidos como Avicena e Averróis, sendo o Cânone de Avicena um dos principais tratados de medicina utilizado nas universidades europeias. Nesse período a Igreja, por meio dos mosteiros, teve papel relevante nas práticas médicas, sendo os beneditinos a fundarem as primeiras organizações médicas da época, utilizando o conhecimento adquirido em cópias de manuscritos antigos preservados nos mosteiros e as práticas de cura dos cirurgiões barbeiros. Por outro lado, com a proibição do estudo em corpos e cadáveres pela Igreja, houve um largo período de relativa estagnação científica (ALVES, 2003).

A primeira escola de medicina institucionalizada de ensino laico foi criada em 1705, por Constantino, em Salerno na Itália, onde já funcionava um hospital fundado por monges beneditinos, que possibilitou um maior desenvolvimento do conhecimento científico, disponível apenas aos senhores feudais da época; vemos que pouca coisa mudou (ALVES, 2003).

A partir de século XV assistimos a uma ruptura entre saúde e medicina, evidenciados nos estudos de bioquímica de Paracelso, nos estudos de anatomia humana de Andreas Vesalius, as bases da anatomia patológica de Giovanni Battista Morgagni, as

bases da hereditariedade de Mendel e as descobertas de Galileu Galilei e Isaac Newton na interpretação dos fenômenos naturais (URBACH, 1987).

Já no século XVII René Descartes estabelece os métodos para pensar o corpo como máquina, submetido a leis mecânicas conhecidas pela ciência da época, separando-o então da mente, questão metafísica fora do alcance da ciência (SEVERINO, 1999). O dualismo cartesiano seguia, nas proposições filosóficas, o anatomismo em voga, apontando o desenvolvimento do método com suas particularidades, fato esse que dispensa julgamento de valor.

No século XIX a racionalidade norteou o desenvolvimento do conhecimento científico na medicina, mudando radicalmente os conceitos de doença, diagnóstico e tratamento, com a descoberta dos microorganismo como causadores de doenças. A Revolução Industrial promoveu uma nova forma de financiamento para a pesquisa, que possibilitou, dentre muitos as expedições de Charles Darwin (LOPES, 2006). Por outro lado, com as mudanças decorrentes dos novos ambientes e hábitos de trabalho nas fábricas, aliado ao crescimento desordenado das cidades, novas doenças desafiavam a prática médica. Como a Igreja não mais detinha poder para interferir no conhecimento científico houve grande desenvolvimento, mas o alcance das mudanças era restrito aos centros maiores, da mesma forma que atualmente, acrescido ao fato da insegurança imbutida no elemento novo, o que fazia com que os povos do interior recorressem à medicina antiga, por considerá-la mais segura (URBACH, 1987).

Se o acelerado desenvolvimento tecno-científico do final do século XIX promoveu grandes avanços no diagnóstico e tratamento de doenças e doentes, ao mesmo tempo tornou impossível para um médico abranger todos os setores da medicina, com a competência e responsabilidade que a vida humana merece. Segue-se o modelo de especialização na prática médica, duramente criticado na contemporaneidade. Se por um lado, o cartesianismo separou as partes para análise; por outro lado, a ciência não conseguiu um modelo que fizesse o percurso inverso. Podemos concluir que o fracasso na busca de um modelo de síntese não invalida completamente a tentativa de se organizar o saber médico a partir do modelo cartesiano de ciência. Entretanto, sobre essa lacuna do método cartesiano abre-se uma perspectiva bastante destrutiva, que é a do uso econômico-político das inconsistências do método para, separando a saúde do corpo, convertê-la gradualmente em mercadoria.

As Cercas ou as situações que contribuem para o des-encontro entre o doente, o médico e a medicina responsável

Um modelo possível de saúde, como cuidado ao ser humano, obrigatoriamente deve levar em conta, além da medicina científica, os aspectos culturais e a singularidade dos indivíduos de cada comunidade atendida, suas crenças e valores, além do cuidado ao meio-ambiente onde acontecem as relações humanas. Prescindir desses fatores, privilegiar uns em detrimento de outros, somente reduz o compromisso de mudança a feitos eleitoreiros, quando não em acúmulo de dinheiro ilícito em contas bancárias de privilegiados.

Problematizar as situações cotidianas na prática médica não significa antagonizar o conhecimento científico e popular, mas antes construir caminhos possíveis desses saberes, com respeito à metodologia fundante que as caracteriza e diferencia, sem reduzi-las ao método.

Um grande desafio a ser enfrentado é a necessidade de alfabetização, visto que, apesar de esforços pontuais em programas de apoio à pessoas com baixo letramento, somente a partir da autonomia para dizer a sua palavra, cuidar-se em condições de tomar uma postura crítica perante quaisquer propostas terapêuticas é que o doente passa a ser sujeito na relação de saúde. Como prescindir da leitura e da escrita, tornando-se dependente de um intérprete para atitudes simples como ler uma receita e tomar os diferentes medicamentos na hora adequada de cada um, atitude primordial para o sucesso terapêutico no tratamento de quaisquer doenças, quer agudas ou crônicas. Penso que as dependências somente perpetuam a exploração, assim sendo, quaisquer políticas de saúde, ditas humanizadoras, devem ter o compromisso de alfabetizar, passo importante para o desenvolvimento de uma atitude crítica e responsável, para que a desgastada palavra cidadania não seja sinônimo de caridade, mas de justiça social (FREIRE, 2001).

Outra questão importante e desafiadora nas relações em saúde é a barreira linguística entre médicos e doentes, principalmente os doentes das classes populares. O sociólogo Luc Bolthanski, no livro *As classes sociais e o corpo* (2004), faz uma análise minuciosa e rica das características dos signos e significados da linguagem, das dificuldades decorrentes dessa diferença na cultura das classes populares e das classes altas, que dificulta o encontro, fragmentando ainda mais o conhecimento científico e popular.

É preciso retomar o tema do adoecer após a Revolução Industrial, no qual verificamos que, progressivamente, dentro do modelo capitalista, a saúde e a doença tornaram-se produtos e os doentes, meros expectadores de uma indústria de milagres. Isso não significa, no entanto, que a ciência médica esteja reduzida à empresa capitalista, como pretende a retórica que apenas faz barulho para desviar a atenção do necessário investimento em saúde e da burocracia, que impede o acesso igualitário à tecnologia que pode salvar vidas ou evitar sofrimentos desnecessários quando na impossibilidade da cura.

Por outro lado, o consumo da medicina, representado pelos exames de *check-up* que pouco representam de prevenção, são exigências cada vez mais frequentes nos atendimentos, ao passo que alimentação inadequada, sedentarismo, abuso de drogas lícitas e ilícitas não têm programas políticos de educação continuada para redução de riscos, políticas de isenção de tributos nos alimentos de melhor qualidade, tributação rigorosa aos produtos que oferecem riscos à saúde.

Nos mesmos trilhos, encontramos o que denomino a *doentização do sentimento*. Dominados pela razão instrumental, homens e mulheres perdidos de sua identidade de sujeitos históricos, perambulam em consultórios médicos, astrológicos, de auto-ajuda, procurando soluções imediatistas, traduzidas por medicamentos e terapias milagreiras, que apenas alimentam a ilusão de felicidade sem riscos e sem compromisso, uma volta à Terra do Nunca. Nesse tempo de *fast-food*, de fraldas descartáveis e moral também descartável, a reflexão perde espaço e os charlatães ganham clientes.

Isso faz com que a auto-medicação ganhe presença cada vez maior no cotidiano dos indivíduos que se sentem doentes. Ilusoriamente defendida por muitos como natural, isenta de riscos, a fitoterapia, tanto quanto os medicamentos alopáticos, pode representar riscos potenciais à vida, amplamente conhecidos e bem documentados, que no entanto não são devidamente divulgados e esclarecidos, muitos deles prescritos por indivíduos sem nenhum conhecimento científico nem ético, apenas vendedores. É mister uma análise responsável, dentro de limites éticos, que não oponha medicamentos fitoterápicos e alopáticos, visto que já existe metodologia científica para o estudos das substâncias encontradas nos fitoterápicos, seus riscos e benefícios. Causa estranheza a postura, até arrogante, de profissionais, que substituem o conhecimento científico por mitos, que vão se perpetuando e provocando doenças. O fazer bem ou mal, nessas condições, não é um juízo moral, mas diz respeito à segurança para o uso dessas plantas. Minha crítica não se situa, nem antagoniza em contraponto ao uso de fitoterápicos, cujo

significado é diferente de plantas medicinais, mas sim na responsabilidade do Estado e entidades afins, em oferecer condições para que essa prática possa realizar-se com o menor risco à vida.

Se o acesso ao serviço médico é restrito e não acontece no tempo em que o indivíduo quer ou precisa, faz-se mister resolver a questão, e não compactuar com práticas que colocam em risco a integridade do corpo físico, expondo esses mesmos indivíduos a profissionais que degradaram sua conduta ética. Saúde não pode ser mercadoria, que se troca em balcões. Não legislar sobre a auto-medicação, permitir o marketing da indústria da saúde como estratégia de promoção e humanização é mais uma forma de coisificação do sujeito, reduzido a mero consumidor da ditadura do corpo perfeito e satisfeito.

Outro fator relevante para a perpetuação de um modelo excludente de assistência à saúde é, sem dúvida, a má-formação dos médicos. Dados do Conselho Federal de Medicina (CREMESP, 2009) mostram a existência de um número excessivo de escolas médicas, sem mínimas condições de funcionamento e assistência, muitas delas sem leitos hospitalares, sem corpo docente qualificado e presente, que mais atendem a compromissos imorais de parlamentares com seus apadrinhados políticos. Exemplo recente foi mostrado no artigo “Atentado ao Ensino Médico”, do Professor Antonio Carlos Lopes (2008), que critica com veemência a hipocrisia do Estado que, por meio do Ministério da Saúde, cria um curso de graduação federal em medicina, com o objetivo de formar médicos para o SUS. Entendo esta como uma proposta preconceituosa e desprovida de responsabilidade, pois, ao propor a formação de médicos direcionados para o atendimento do SUS, pressupõe que os indivíduos atendidos por esse sistema de saúde não terão as mesmas características e os mesmos direitos do que aqueles que não dependem da saúde pública, o que, na minha compreensão, fere o princípio legal fundante da democracia e do Estado de Direito: de que todos são iguais perante a lei.

Se existem instituições de ensino e pesquisa e cientistas sem consciência ética e social, é preciso estabelecer regras claras e éticas às suas atividades, com o cuidado para que essas últimas não imobilizem o desenvolvimento científico e humano equilibrado, mas não desprezar a competência científica em nome de uma pretensa política de humanização do atendimento, que demoniza a tecnologia e restringe o acesso dos excluídos, pobres e iletrados, que não podendo refletir sobre sua própria limitação, não são capazes de libertar-se, lição aprendida do saudoso professor Paulo Freire (2003).

A existência dessas cercas apenas evidencia a necessidade de um processo de mediação e de mediadores. E é a essa ação de mediação a que entendemos ser chamados os agentes comunitários de saúde, sujeitos fundamentais na superação desses obstáculos à prática social do cuidar.

As propostas para a superação dessas dificuldades-a travessia e a transgressão do discurso ao inédito viável

Terminadas as travessias pelo cuidar e as dificuldades para realizá-lo na inteireza, para além dos fatalismos de toda ordem, mais uma vez devemos retornar aos ensinamentos de Paulo Freire para propor um caminho possível, numa palavra, o inédito-viável. Palavra freireana como nos mostrou Nita Freire (2000), não uma simples junção de letras ou uma expressão idiomática sem sentido, mas uma palavra-ação, portanto práxis.

Representa recusar todo o imobilismo frente aos problemas humanos como a miséria, a dominação travestida de assistencialismo, a esmola escondida na caridade. Muito mais que ideação ingênua, o inédito-viável é o despertar para uma reflexão crítica que acontece no coletivo, com individualidade sem individualismo.

Para tanto, penso ser necessário construir dentro das comunidades uma forma organizada de educação para a saúde, envolvendo profissionais da Saúde e áreas afins. Sabemos, de antemão, que muitos projetos de educação em Saúde vêm se desenvolvendo, desde a década de 70, mas, por razões que não nos compete discutir aqui, não conseguiram evoluir para a criação de políticas públicas que atendam as comunidades carentes em suas necessidades, contextualizando as ações em Saúde nos problemas majoritários de cada localidade. Estabelecer as diferenças regionais em relação a mortalidade, doenças prevalentes e hábitos de vida é fundamental para estabelecer as ações necessárias para minimizar os agravos à Saúde, do contrário, como acontece hoje, temos um plano discursivo, conceitual, de intenções, dissociado de um plano prático operacional no nível das ações, dicotomia inexistente em qualquer proposta freireana.

Para exemplificar as situações anteriormente referidas, busquei nos dados do Ministério da Saúde (2009), as principais causas de morte e agravos à saúde nas capitais e cidades do interior das regiões sudeste e nordeste, no ano de 2005. Nas primeiras, como importante causa de morte de jovens de 14 a 30 anos, temos os traumas diversos,

decorrentes de acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, dentre outros. Assim sendo, para atender essa população, são necessários hospitais e centros especializados para o atendimento emergencial, suporte em unidades de terapia intensiva e serviços de reabilitação; sendo a negligência de quaisquer um desses aspectos, um atentado contra a vida do cidadão, uma prática inaceitável. Isso sem falar nos aspectos sociais que precisam ser reorganizados para a prevenção dessas situações, como a segurança pública, a educação para o trânsito, o combate à miséria e exclusão social. Já nas cidades do interior do país, a desnutrição e as doenças infecciosas e parasitárias são fatores relevantes que contribuem para a morbi-mortalidade da população infantil, sendo necessários programas de atenção básica atentos às características locais. Não é possível, no entanto, esquecer que, embora existam doenças prevalentes de acordo com a idade e local de moradia, hoje as doenças do aparelho circulatório, intimamente relacionadas ao diabetes e à hipertensão arterial, são uma causa muito importante de morte no Brasil, e a assistência ambulatorial tem sido negligenciada (NICOLAU, 2008). O plano discursivo das políticas públicas e da ciência médica é marcado, como vimos, por inúmeras cercas, que principiam pelo abismo cultural entre a linguagem científica e a compreensão cultural de saúde, que exigem a presença de um mediador do cuidado, o qual pode ser institucionalizado pelo agente comunitário de saúde.

Porém, como mediador em linguagem, o agente comunitário não pode ser reduzido a um porta-voz da ciência que traduz em linguagem cotidiana as expressões científicas. Seu caráter de mediação não é apenas formal e remete às origens do cuidado, quando o conhecimento médico se referia à vida e não à definição científica e formal de saúde, expressa por números e exames favoráveis ao paciente.

Assim como o educador freireano aprende de seus alunos, a ciência médica precisa aprender, das comunidades, as linguagens e os gestos mais adequados para exercer melhor a ciência que possui e desenvolver a ciência necessária à saúde das comunidades. Nem sempre esse aspecto complementar da mediação feita pelo agente comunitário de saúde é enfatizada: ele é o primeiro construtor dos caminhos entre o saber científico e popular, quem, muitas vezes, iniciará essa difícil travessia.

Outro aspecto que importa destacar, é que o cuidado implica também em educar para o uso responsável da tecnologia médica e farmacêutica. Como observamos, nem sempre a dificuldade das comunidades é o acesso aos medicamentos, pelo contrário, a facilidade de acesso é tal que encontramos os fenômenos da automedicação e da doentização dos sentimentos, de modo que passa a ser cômodo, à pessoa doente, não

ouvir nem ser ouvida sobre seus sintomas, mas medicar-se automaticamente a partir deles, como se saúde fosse supressão da dor ou do mal-estar. De outro lado, passa a ser cômodo ao médico simplesmente não ouvir nem expressar-se sobre a qualidade de vida da pessoa que o procura, limitando-se a ler seus exames, e na ausência de diagnóstico específico, doentizar o sofrimento psicológico ou moral do paciente e despejar sobre ele a farmacopeia psiquiátrica que a tecnologia colocou em nossas mãos.

Aos poucos, a tecnologia permitiu que consulta clínica fosse transformada num diálogo de sujeitos que nem se falam nem se ouvem reciprocamente, ante a conveniência dos recursos e dos medicamentos. Suprime-se o cuidado, em favor do alto custo dos exames. O resgate dessa escuta, que é o primeiro passo que torna possível o cuidado, é a competência esperada do agente comunitário de saúde, que longe de ser mais um receitador a serviço da indústria farmacêutica, passa a ser um agente do cuidado, um promotor da escuta que conduz ao diálogo e à saúde.

Por anos os professores ensinaram que “a aranha arranha o jarro”, tanto para crianças da cidade, que pouco viam aranhas, como para crianças das fazendas, que pouco viam os jarros de cristal ilustrados em suas cartilhas. Até que Paulo Freire aprendeu com seus alunos que o tijolo é visto por todos, conhecido por todos. Ele deixou de ser o falador, o receitador de cartilhas e praticou a escuta. Tal é o caminho da práxis social em saúde.

Há, sobretudo na questão dos fitoterápicos, um imenso saber popular que exige resposta da ciência médica, sobre a segurança de seu uso, sobre a eficácia e baixo custo de seus recursos, sobre a aprendizagem feita ao longo dos anos, por comunidades que convivem e aprendem da natureza a cuidar-se, na ausência da medicina científica. São esses pequenos “tijolos” que os agentes comunitários de saúde podem recolher e trazer como problemas aos centros de pesquisa.

Mesmo a crise do ensino médico, pode, por esse caminho, reencontrar-se. Uma pedagogia aponta para um ensino abstrato da medicina, como ciência universal, que forma médicos capazes de tratar de pessoas universais. Outra pedagogia, mais concreta, toma por referência o cuidado e a sua história, ou seja, coloca a ciência médica em sua perspectiva social, em que à população mais carente, em termos de saúde, se oferecem os melhores recursos e os melhores profissionais e, não, os profissionais que precisam adquirir “experiência” para, depois, atender às elites.

Aprendendo a ouvir os agentes comunitários de saúde, os estudantes de medicina estarão melhor preparados para ouvir as comunidades em suas necessidades.

Acontece assim, o necessário aprendizado da escuta clínica, algo esquecido nesse tempo de médicos que olham exames, sem olhar seus pacientes.

Feitas essas considerações, ante o quadro que se apresenta a saúde no país, entendo que o agente comunitário de saúde deva ter uma formação técnica que contemple disciplinas intrinsecamente ligadas à Saúde, como anatomia, patologia farmacologia, tecnologia em saúde, ética e sociologia, que lhe permita não só o diálogo com os profissionais formados nas ciências da saúde, mas também a observação sistematizada das experiências e fenômenos que observam no meio das comunidades. Essa visão científica, contudo, deve estar submetida ao sentido histórico original e social do *cuidado*, ou seja, da presença que faz a mediação entre a pessoa do cotidiano das comunidades e as pessoas que atuam e pesquisam as inovações da ciência, tendo por meta a melhor qualidade de vida e saúde.

Como ambiente de formação proponho um modelo como o de Angicos e Recife criados por Paulo Freire, em oposição aos módulos de (in) formação aos finais de semana, como têm sido feitos, que mais se assemelham a técnicas de adestramento, pois, nesse modelo não há espaço nem tempo possível para a discussão crítica, não havendo como problematizar as situações do cotidiano.

Referências Bibliográficas

ALVES, Elaine. *Medicina na Idade Média*. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

ANTÔNIO, Severino. *Uma nova escuta poética da educação e do conhecimento: diálogos com Prigogine, Morin e outras vozes*. São Paulo; Paulus, 2009.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra*. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2003

BOLTHANSKI, Luc. *As classes Sociais e o Corpo*. 3.ed São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL: MNISTÉRIO DA SAÚDE. *Banco de Dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC): 2003 a 2007*. Brasília: 2009. [cd-rom].

CREMESP. *Exame do CREMESP: uma contribuição para a avaliação do ensino médico*. Coordenação Institucional de Bráulio Luna Filho. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2009.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*. 11.ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997

FREIRE, Ana Maria de Araújo. *Utopia e Democracia: os inéditos-viáveis na educação cidadã*. In: VII Seminário Internacional de Reestruturação Curricular. Porto Alegre, 2000.

FREIRE, Paulo. *Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos*. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 37.ed. São Paulo: Paz e Terra. 2003.

LELOUP, Jean-Yves. *Uma arte de Cuidar: estilo alexandrino*. Petrópolis: Vozes, 2007.

LOPES, Antônio Carlos (org.) *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo: Roca, 2006. v.1.

LOPES, Antônio Carlos. *Atentado ao ensino médico*. O Estado de São Paulo, 19 fev 2008. Disponível em <http://www.espacopublico.blog.br/?p=1730>. Acesso em 20 fev 2009.

NICOLAU, José Carlos et al. *A Influência do Plano de Saúde na Evolução a Longo Prazo de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio*. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor HCFMUSP), São Paulo, 2008.

RIBEIRO JR., W. A. Ciência grega para principiantes. *Portal Graecia Antiqua*, São Carlos. Disponível em www.greciantiga.org/arquivo.asp?num=0214. Publicado em 25 out 1999. Acesso em 20 fev 2011.

SEVERINO, A. Joaquim. *Filosofia*. São Paulo: Cortez, 1999.

URBACH, Sully Isaac. *Medicina e Patologia*. In. REGIS DE MORAES, J.F (org.). *A construção social da enfermidade*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1987.